# CONSIDÉRATIONS

SUR UN CAS DE

# GOITRE KYSTIQUE RÉTRO-PHARYNGIEN.

---

## DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

pour obtenir le grade de Docteur en médecine

PAR

EUGÈNE RUHLMANN

DE STRASBOURG.

STRASBOURG

Imprimerie de J. H. Ed. Heitz, rue de l'Outre, 5.

1880.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

Strassburg, im Juni 1880.

Referent : Prof. Dr. **Lücke**.

# CONSIDÉRATIONS

SUR UN CAS DE

# GOITRE KYSTIQUE RÉTRO-PHARYNGIEN.

---

Pendant notre service comme médecin assistant de l'hôpital civil, nous avons eu l'occasion d'observer sur une malade de M. le prof. Bœckel un goître très-intéressant au point de vue de son siège.

Cette malade présentait, à côté d'un goître volumineux situé à la partie latérale droite du cou une tumeur rétro-pharyngienne. M. le prof. Bœckel extirpa en notre présence et avec notre assistance le goître et la tumeur rétro-pharyngienne. L'examen histologique des deux tumeurs nous a montré qu'elles étaient formées toutes les deux aux dépens du tissu thyroïdien. M. le prof. de Recklinghausen, qui a fait lui-même l'examen microscopique de la pièce, a eu l'obligeance de nous en donner une description minutieuse.

Voici l'observation de M. le prof. Bœckel qu'il a communiquée à la Société de chirurgie de Paris.

Mademoiselle Elg . . ., de Reichshoffen, âgée de 25 ans, petite, grêle, atteinte de scoliose dorsale droite, a remarqué pour la première fois il y a trois ans, en 1875, une petite tumeur mobile à la partie latérale droite du cou. Cette tumeur avait alors le volume d'une noisette et siégeait à peu près au niveau du larynx ; elle progressa d'abord lentement, sans grande gêne pour la malade. Ce n'est qu'au commencement de l'année 1878 qu'elle grossit plus rapidement et força mademoiselle E . . . . de s'adresser à son médecin, le Dr. Bœll, de Niederbronn, qui lui fit plusieurs injections parenchymateuses de teinture d'iode sans grand résultat.

En novembre 1878, mademoiselle E... se présente chez moi, parce qu'elle éprouve depuis un mois une gêne croissante de la déglutition, au point qu'elle ne peut plus avaler que des liquides. La respiration est tout à fait libre.

A l'inspection, on voit que la moitié droite du cou est occupée par une tumeur du volume d'une pomme, qui part de la clavicule et de la fourchette sternale et remonte sous le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusque vers le maxillaire. En faisant ouvrir la bouche, on constate qu'une autre tumeur du volume d'une forte noix remplit la partie droite du pharynx, touche la base de la langue et dépasse même la ligne médiane en empiétant sur la gauche, au point qu'on est étonné de ne pas trouver la respiration embarrassée. La muqueuse pharyngée est mobile à la surface de ce lobe et n'est pas vascularisée.

De même la peau du cou présente sa couleur normale, tout en étant fortement tendue sur la tumeur. Celle-ci est arrondie, lisse, fluctuante et semble en communication avec le lobe

pharyngien, également fluctuant. Sa plus grande saillie est au milieu du cou, ses deux extrémités plongent sous les muscles. Elle ne présente ni battements, ni expansion. Le larynx est refoulé à gauche de la ligne médiane et la carotide à droite, vers le bord postérieur, de la tumeur, qu'elle contourne en demi-cercle. Il n'y a ni douleur ni fièvre, mais la malade ne peut pas bien tourner la tête vers la droite, sans doute à cause de la distension du musle sterno-mastoïdien. Le côté gauche du cou est normal ; on n'y sent en particulier aucune trace d'un lobe thyroïdien.

Disons tout de suite que d'après les renseignements pris, Reichshoffen, qui est situé à l'issue d'une vallée dans un terrain d'alluvion très-humide, renfermait autrefois beaucoup de goîtreux. Leur nombre a diminué dans ces dernières années, grâce à des travaux d'assainissement et à une meilleure hygiène des habitants.

Je diagnostique un kyste probable de la thyroïde, tout en ne m'expliquant pas très-bien la formation d'un lobe rétro-pharyngien, et je conseille à la malade de s'installer à l'établissement de la Toussaint pour s'y soumettre avant tout à une ponction explorative.

Celle-ci est pratiquée le 7 décembre 1878 avec un trocart de petit calibre, vers le milieu de la tumeur du cou. Il s'en écoule à peu près un demi-verre d'un liquide brunâtre, mais translucide, puis l'écoulement s'arrête brusquement et il ne vient plus que du sang. Cependant la tumeur rétro-pharyngienne ne s'est pas vidée et il me semble la sentir frotter contre le bout de la canule. Je réintroduis le poinçon dans le trocart et j'essaie de ponctionner cette seconde poche à travers la première, mais je ne puis y réussir, sans doute parce que je n'ose pas donner le coup assez brusquement à cette profondeur.

Le trocart est donc retiré, mais au bout de peu de minutes

la poche cervicale est de nouveau aussi tendue qu'avant la ponction ; elle s'est évidemment remplie de sang.

Le liquide évacué présente au microscope de grandes cellules à noyaux graisseux, comme celles de la glande thyroïde.

Il existe donc deux cavités kystiques ne communiquant pas ensemble, et comme déjà l'une s'est remplie de sang après la ponction, on ne peut plus songer aux injections iodées. — L'incision est également scabreuse dans ces conditions à cause des hémorrhagies de la face interne du kyste ; je me décide donc à tenter l'extirpation, sauf à me borner à faire suppurer la seconde loge, si, contre mon attente, je ne parvenais pas à l'extraire.

Plusieurs goîtres et un kyste dermoïde volumineux du cou, que j'avais enlevés heureusement cette année grâce au pansement de Lister, m'enhardirent à cette tentative.

L'opération est pratiquée le 9 décembre 1878, avec l'aide du Dr. Jules Bœckel, chirurgien-adjoint, et de MM. Wolff et Ruhlmann, internes de l'hôpital. M. Kaltenthaler administre le chloroforme.

Après avoir pris toutes les précautions de la méthode antiseptique, on pratique sous le brouillard phéniqué une incision de 10 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit ; une grosse veine, qui suit à peu près ce trajet, est disséquée et réclinée en dedans, puis on divise plusieurs enveloppes aponévrotiques et musculaires, entre autres le muscle omo-hyoïdien qui croise obliquement la tumeur. Celle-ci apparaît avec une couleur d'un bleu noirâtre et se laisse alors assez bien isoler avec le doigt. Sur certains points on éprouve de la résistance, ce sont les endroits où les vaisseaux pénètrent dans la tumeur ; on les lie avec du catgut avant de les couper.

En cherchant à isoler la tumeur en haut et en arrière, une

poche crève et déverse avec force un liquide fortement coloré par du sang noir ; on aurait pu croire qu'une grosse veine avait été coupée en travers, mais l'écoulement s'arrête aussitôt spontanément. En portant le doigt dans l'arrière-gorge, je constate que le lobe pharyngien s'est affaissé ; mais la partie cervicale de la tumeur est encore fortement distendue. Comme elle est trop volumineuse pour sortir facilement de l'incision, je la ponctionne avec le bistouri et recueille 200 grammes à peu près d'un liquide sanglant et contenant des caillots noirs.

La poche, déjà dégagée aux trois quarts, se laisse alors attirer au dehors et j'achève facilement de la détacher après avoir lié quelques vaisseaux qui y pénètrent.

Dans la partie supérieure de la plaie on rencontre alors le kyste rétro-pharyngien vide, qui cède à quelques tractions.

La plaie est à peu près sèche, grâce à une dizaine de ligatures au catgut, pratiquées pendant l'opération. On la seringue avec une solution phéniquée et l'on réunit les 4/5 supérieurs de l'incision avec les épingles, entremêlées de quelques sutures au fil d'argent. Un fort tube de caoutchouc est introduit jusqu'au fond de la cavité rétro-pharyngienne, à 10 centimètres de profondeur. Un morceau de silk et de la mousseline phéniquée recouvrent la région ; puis on y place une éponge bien désinfectée, qui doit effacer le vide laissé par la tumeur.

L'éponge est recouverte de nouvelles couches de mousseline et d'un imperméable ; le tout est bien serré par une bande.

Dans la journée de l'opération, la malade a quelques envies de dormir provoquées par le chloroforme et de fortes douleurs en avalant.

Température du soir, 38°,1. Nuit tranquille sans morphine.

10 décembre. La malade avale déjà plus facilement ce matin ; la respiration est tout à fait libre.

Temp. matin, 38°,8 ; — soir, 38°,4.

Le soir on renouvelle pour la première fois le pansement, qui est imbibé d'une sérosité très-abondante.

11 décembre. La nuit a été bonne ; la malade se sent bien et n'a que peu de gonflement du cou. Le tube fournit un suintement séreux abondant, on le raccourcit de plusieurs centimètres. Un pansement dans la journée, en maintenant la compression avec l'éponge.

Temp. matin, 38°,4 ; — soir, 38°,4.

12 décembre. La malade a bien dormi et avale son déjeuner avec appétit et sans douleurs. — Elle se lève dans la journée pour faire son lit, mais elle s'est enrhumée et tousse un peut (elle y est très-sujette). La plaie sécrète moins et paraît réunie, on retire les épingles.

Temp. matin, 37°,6 ; — soir, 38°,4.

13 décembre. Presque pas de sécrétion de la plaie ; on remplace le drain par un autre plus petit et plus court.

Temp. matin, 37°,3 ; — soir, 37°,9.

14 décembre. La plaie est presque sèche ; on enlève les sutures métalliques et l'on supprime le tube de caoutchouc et l'éponge. La malade se lève et mange de la viande qu'elle avale facilement.

Temp. matin, 36°,6 ; — soir, 37°,8.

15 décembre. Temp. matin, 37° ; — soir, 38°,7.

16 décembre. Temp. matin, 36°,5 ; — soir, 37°,6.

A partir d'aujourd'hui on ne panse plus la malade que tous les deux jours. En fait de plaie, il ne reste qu'une petite fissure à la partie inférieure à la place du drain.

24 décembre. La malade va très-bien et se promène depuis plusieurs jours dans les corridors de l'établissement. La guérison totale est retardée par un petit bourgeon charnu, qui sort du trajet du drain et qu'on réprime avec le nitrate.

Le 6 janvier 1879, Mademoiselle E. . . rentre chez elle parfaitement guérie. Elle s'est représentée en janvier 1880, très-bien portante et sans trace de tumeur du cou.

Voici le résultat de l'examen histologique de M. le prof. de Recklinghausen.

Le liquide retiré par la ponction était d'une couleur jaunâtre et d'apparence aqueuse ; il contenait quelques petits flocons composés de cellules globuleuses ou fusiformes collées les unes aux autres et de grande dimension ; on y trouvait tout particulièrement d'énormes cellules granulo-graisseuses.

Les deux kystes enlevés dépassaient chacun la dimension d'une grosse noix et l'épaisseur de leur parois variait considérablement (de 3 jusqu'à 12 millimètres). Cela tenait principalement à ce que la face externe de ces kystes, d'un aspect dépoli, était recouverte de filaments connectifs déchirés, d'épaisseur variable.

La surface interne de ces kystes était presque partout inégale ; elle n'était tout à fait lisse que sur une étendue d'environ un thaler dans le kyste antérieur où elle était formée par un tissu conjonctif très-dense et tout à fait fibreux.

Les aspérités des autres points de cette surface interne provenaient en partie du ramollissement du tissu qui avait pris l'aspect d'une substance alvéolaire spongieuse. Ces aspérités étaient en partie formées par de petites proéminences, par des bosselures souvent exactement arrondies et constituées par du tissu thyroïdien. Ce tissu présente au microscope des rangées de cellules et des vésicules remplies de substance colloïde transparente, comme on en rencontre dans le tissu thyroïdien jeune, et peut être considéré comme étant de nouvelle formation.

Dans les parties ramollies et spongieuses, le microscope permet également de trouver les éléments de la glande thyroïde, à savoir : un tissu alvéolaire, et dans les alvéoles des amas de cellules ainsi que des détritus cellulaires ; pas de substance colloïde. Nulle part on ne peut constater une substance rappelant celle du sarcôme.

---

# HISTORIQUE

## DES GOITRES RÉTRO - PHARYNGIENS

ET

## RÉTRO - ŒSOPHAGIENS.

---

La littérature médicale ne renferme qu'un nombre très-restreint de cas de goîtres rétro-viscéraux. Dans les livres d'anatomie et de pathologie, les auteurs parlent de la compression de l'œsophage, du pharynx, du larynx et de la trachée par des goîtres rétro-pharyngiens ou rétro-œsophagiens, mais il n'y en a que très-peu d'entre eux qui citent des exemples rentrant dans cette catégorie de goîtres.

Nous avons essayé de réunir dans ce chapitre tous les cas de goîtres rétro-pharyngiens et rétro-œsophagiens épars dans la littérature. Ces cas peuvent être rangés en deux grandes classes.

A. *Goîtres rétro-pharyngiens ou rétro-œsophagiens développés aux dépens des lobes latéraux du corps thyroïde et formant une espèce de prolongement de ces derniers.*

B. *Goîtres accessoires rétro-pharyngiens et œsophagiens n'ayant aucune connexion avec la glande thyroïde même.*

**A. Goîtres rétro-viscéraux développés aux dépens des lobes latéraux du corps thyroïde et formant une espèce de prolongement de ces derniers.**

Nous avons trouvé dans la littérature 12 cas rentrant dans cette première classe, y compris l'observation du prof. Bœckel citée plus haut. (Observation I.)

En 1859, le Dr. Lotzbeck[1], assistant du prof. v. Bruns, publia deux cas de goîtres rétro-viscéraux observés à la Clinique chirurgicale de Tübingen. Voici le résumé de ces deux cas.

*Observation II.* — A. . . K. . ., âgé de 38 ans, entre en décembre 1854 à la Clinique du prof. v. Bruns. Le malade, atteint d'un goître peu considérable des deux lobes latéraux du corps thyroïde, ne peut plus avaler depuis environ 6 mois que des aliments liquides. En examinant le malade, on constate un rétrécissement notable de la partie supérieure de l'œsophage. Ce rétrécissement est produit par une tumeur assez volumineuse, contournant l'œsophage latéralement et en arrière adhérente aux deux lobes latéraux de la thyroïde et formant un espèce de prolongement postérieure de cette glande. Le rétrécissement ne peut être franchi que par des sondes très-fines. Oesophagotomie. (Pour arriver sur l'œsophage, il fallut détacher quelques adhérences de la tumeur avec l'œsophage et récliner celle-ci en avant.) Dix jours après l'opération, le malade meurt dans le marasme. A l'autopsie, on trouve un goître assez volumineux remplissant l'espace rétro-œsophagien (de la 3$^{e}$ à la 6$^{e}$ vertèbre cervicale) et enclavant latéralement l'œsophage. Ce goître forme un prolongement postérieur

[1] Deutsche Klinik 1849.

des lobes latéraux du corps thyroïde, qui ne sont que faiblement hypertrophiés.

*Observation III.* — A. . . St. . ., âgée de 61 ans, entre le 6 juillet 1858 à la clinique du prof. v. Bruns. Elle éprouve depuis environ 5 mois de la gêne dans la déglutition et depuis à peu près un mois les aliments même liquides ont de la peine à franchir l'œsophage. En introduisant le doigt dans le pharynx, on constate un rétrécissement notable de la partie supérieure de l'œsophage. Un cathéther de 4 millimètres de diamètre ne franchit qu'avec peine le rétrécissement. En examinant le malade de plus près, on constate qu'une tumeur résistante, assez volumineuse, et à convexité postérieure, entoure l'œsophage en forme de fer à cheval. Les deux branches de cette tumeur sont adhérentes à la partie postérieure des deux lobes latéraux de la thyroïde, qui ne présente en avant et latéralement pas d'augmentation de volume. — Traitement. Cathétérisme de l'œsophage matin et soir. (On laisse la sonde chaque fois 1/4 d'heure en place, et à mesure qu'on arrive à dilater l'endroit rétréci on augmente le calibre des cathéthers.) Peu à peu on arrive à passer des sondes de 11 millimètres. Le 26 août, la malade quitte la clinique avec une amélioration très-sensible.

Dans le *Deutsches Archiv für klinische Medicin* de 1869 (p. 106), Huber de Meiningen publie un cas de dysphagie occasionné par un goître entourant l'œsophage latéralement et en arrière, dont voici le résumé:

*Observation IV.* — Huber de Meiningen traite depuis quelques temps Madame H. . . . pour rétrécissement de l'œsophage à la hauteur du larynx. Au début, des cathéthers de 4 1/2 millimètres de diamètre ne purent franchir le

rétrécissement. En augmentant graduellement le calibre des sondes, Huber arriva peu à peu à faire passer des sondes de 10 mill. d'épaisseur. Un jour, Mad. H.... est frappée d'apoplexie et meurt après quelque temps. A l'autopsie, Huber constate que la thyroïde dans ses parties antérieures et latérales n'est pas augmentée de volume ; de la partie postérieure des lobes partent deux prolongements assez volumineux qui enclavent latéralement et en arrière l'œsophage, avec lequel ils ont contracté quelques adhérences.

En 1876, Durham[1] publie un cas de disphagie occasionné par un goître rétro-pharyngien observé sur une jeune fille de 19 ans. (Observation V.) Le mal fut traité avec succès par le catéthérisme et des frictions locales avec de la pommade d'iodure potassique.

Le prof. Zencker[2] d'Erlangen a observé sur le cadavre deux cas de goîtres rétro-viscéraux, dont voici le résumé :

*Observation VI.* — Zencker a rencontré sur une femme de 25 ans, morte de la fièvre thyphoïde, un goître parenchymateux énorme conprimant la trachée et l'œsophage dans une longueur de 14 centimères et qui entourait ces deux organes en forme d'anneau. Le goître avait 54 cent. de circonférence et 17 cent. de hauteur ; la partie siégeant entre la colonne vertébrale et l'œsophage avait une épaisseur de 4 1/2 cent. Le pharynx, l'œsophage et la trachée sont très-fortement retrécis à l'endroit où siége le goître.

*Observation VII.* — Chez une femme dont le lobe droit de la thyroïde était en suppuration, le lobe gauche, très-peu

[1] Med. Times and Gazette 1876, p. 142.

[2] Handbuch der spec. Pathologie und Therapie v. Ziemsen, VIII. Band, 1. Hälfte, Anhang.

hypertrophié, envoyait en arrière et en bas deux minces cordons durs se rendant à deux goîtres. L'inférieur de ces deux goîtres (longueur 5 cent., largeur 3 1/2 cent., épaisseur 1 1/2 cent.) était logé entre la colonne vertébrale et l'œsophage. Ce dernier montrait un assez fort rétrécissement à ce niveau.

Dans un cas de goître rétro-œsophagien très-volumineux observé sur le cadavre par le prof. Rüdinger, l'œsophage se trouvait comprimé à un très-haut degré, et refoulé à gauche et en avant. Le dessin de ce cas d'une coupe faite sur le cadavre congelé, se trouve dans le *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie,* VII. Band, 1ste Hälfte, Anhang, page 21, 1877. (Observation VIII.)

En 1878, Charles Stœrk[1], le laryngoscopiste bien connu de Vienne, publie trois cas d'hématômes rétro-pharyngiens, auxquels il n'accorde que des rapports indirects, avec la glande thyroïde. Il admet que ces tumeurs qu'il a cependant toujours rencontrées chez des goîtreux, et dont la piqûre avait donné lieu à des hémorrhagies graves, étaient formées par des agglomérations de vaisseaux dilatés sous l'influence de la stase veineuse entretenue par le goître.

Mais Stœrk n'a pas eu l'occasion d'examiner ces hématômes anatomiquement. Nous avouons que l'hypothèse de Stœrk ne nous paraît pas très-plausible, et que nous considérons ces tumeurs comme des prolongements directs du goître. Voici le résumé des trois cas observés par Stœrk :

[1] Wiener Medic. Wochenschrift 1878, Nr. 46.

*Observation IX.* — Le 10 mai 1871, M. Emmanuel Huschel, capitaine d'artillerie vint me consulter pour gêne dans la déglutition, dans la parole et dans la respiration.

Les inhalations et l'électricité que les médecins militaires, MM. les docteurs S.... et Ch. . ., ont conseillés et pratiqués à M. Huschel, sont restées jusqu'à ce jour sans effet sur le mal. La glande thyroïde montre une hypertrophie notable des deux lobes latéraux, et M. Huschel, pour remplir les prescriptions militaires, porte son goître très-fortement serré dans le col de son uniforme.

L'inspection de l'arrière-gorge montre derrière la base de la langue une tumeur ressemblant en tout à un abcès rétro-pharingien, dont le volume empêche l'examen du larynx. Le malade croit que les efforts de voix, auxquels son service le force, lui ont produit la tumeur, dont il ne peut donner avec précision la date de l'invasion. Les vertèbres cervicales sont intactes et ne montrent aucune altération pathologique. La tumeur, d'une consistance molle dans toutes ses parties et d'une forme hémisphérique, n'est pas douloureuse à la pression, elle ne montre ni pulsation, ni aucun autre caractère de l'anévrisme.

Je diagnostiquai un hématôme rétro-pharyngien, dont je m'expliquai la formation par suite de la compression des vaisseaux par le goître et le col militaire. Je résolus de faire une ponction suivie d'une injection astringente dans la tumeur.

Le 11 mars 1871, je ponctionnai la tumeur avec un bistouri à pointe très-fine, et à mon grand étonnement un flot de sang rouge-clair s'échappa au même instant de la tumeur. J'étais seul avec le malade. Au premier moment je crus m'être trompé dans mon diagnostic et me trouver en présence d'un anévrisme. Cependant le sang artériel fut peu à peu remplacé par du sang veineux, et après un temps assez

long je devins maître de l'hémorrhagie, grâce au tamponnement avec des bourdonnets de chlorure de zinc.

Quelques jours plus tard, je constatai que la tumeur s'était un peu ratatinée, et j'appris avec plaisir de la bouche du malade que la gêne dans la déglutition, dans la voix et la parole avait beaucoup diminué.

Sept ans après, je reçus une lettre de M. Huschel, par laquelle il m'informait que toutes les infirmités dont il avait souffert avant l'opération avaient disparu.

Il y a quelques jours le Dr. Watkowski, médecin de M. Huschel pendant sa présence à Vienne, me raconta que la tumeur rétro-pharyngienne s'était très-sensiblement ratatinée.

Je ne pense pas que le simple écoulement du sang ait pu amener le ratatinement de la tumeur sanguine, je crois plutôt devoir admettre que par suite de la ponction, et grâce à l'occlusion de la plaie, les vacuoles de la tumeur ont été remplies par du sang coagulé ayant amené l'oblitération des vaisseaux de l'hématôme.

*Observation X.* — En avril 1877, je fus appelé chez un jeune homme de 17 ans, fils du député Dr. H. . . Ce jeune homme avait un goître assez volumineux des deux lobes latéraux de la thyroïde, qu'il essayait de cacher en serrant le cou. A l'examen de l'arrière-gorge, je remarquai une tumeur rétro-pharyngienne dont le volume ne permit pas de voir le cartilage arythénoïde. Les vertèbres cervicales étaient intactes et l'examen local minutieux me fit diagnostiquer un hématôme rétro-pharyngien. J'appelai le prof. Billroth en consultation et lui parlai de l'hématôme rétro-pharyngien cité plus haut. Cédant aux instances du prof. Billroth, je fis une piqûre dans la tumeur. Immédiatement une hémorrhagie très violente, d'abord artérielle, puis veineuse, se déclara. Il

nous fut impossible d'arrêter complètement l'hémorrhagie, ni avec les doigts ni par aucun autre moyen ; finalement le jeune homme eut une syncope et nous fûmes assez heureux de pouvoir arrêter par du vin et par des analeptiques les effets de l'anémie cerébrale.

Au bout d'une huitaine de jours la petite plaie fut guérie. Peu à peu le malade reprit ses forces et après quelque temps il put rentrer dans sa famille.

En revoyant le malade environ une année après l'opération, je constatai que le volume de la tumeur rétro-pharyngienne avait très-notablement diminué et que la gêne dans la déglutition, la respiration et la parole n'existaient presque plus.

*Observation XI.* — Dans le courant de l'année dernière, je vis un 3$^{me}$ cas de ce genre. Je fus appelé en consultation par le Dr. Pollender chez une dame d'environ 72 ans. Cette dame, affectée d'un goître des lobes latéraux de la thyroïde, avait de la gêne dans la déglutition et la parole. A l'inspection du pharynx, je reconnus une tumeur rétro-pharyngienne assez volumineuse. Je diagnostiquai un hématôme rétro-pharyngien. Je m'abstins de toute intervention chirurgicale à cause de l'âge avancé de la malade.

En 1879, Kocher[1] publia un cas de goître rétro-œsophagien extirpé par lui. Voici l'observation de Kocher :

*Observation XII.* — Élise, agée de 24 ans, est admise le 1$^{er}$ juillet 1878 à la clinique chirurgicale de Berne. Depuis 6 ans elle éprouvait parfois de la difficulté à avaler les aliments solides, du mal de gorge, une dyspnée habituelle en montant les escaliers, mais sans aucun trouble de la parole. A ces

[1] Centralblatt für Chirurgie 1879, Nr. 38.

quelques accidents vinrent se joindre, le printemps dernier, de nouveaux symptômes : toux, gonflement, rougeur et sentiment d'ardeur au-dessous de l'oreille droite, qui disparurent par des topiques ; enfin un peu de raucité vocale.

Extérieurement tout se borne actuellement à une légère voussure du côté gauche du cou, au niveau du tiers inférieur du sterno-mastoïdien. L'os hyoïde occupe la position normale, mais le cartilage cricoïde est un peu refoulé à droite. A l'endroit où une voussure est sensible, on trouve un épaississement de l'isthme thyroïdien et une hypertrophie irrégulièrement bosselée du lobe gauche de la glande.

A droite, on sent également une légère augmentation de volume du lobe droit, d'où part un cordon ayant presque l'épaisseur d'un doigt, qui remonte le long de la colonne vertébrale, parallèlement à l'œsophage, jusqu'à la hauteur du ligament thyro-hyoïdien.

En explorant, avec deux doigts, la paroi pharyngée postéro-droite, on y perçoit une tumeur aplatie, de forme arrondie et de consistance ferme. Cette tumeur remonte jusqu'à l'extrémité inférieure des piliers palatins, en dépassant un peu la ligne médiane du côté gauche ; elle est nettement délimitable et de configuration régulière ; quand on l'a refoulée en dehors, on peut la palper de l'extérieur : du volume d'un gros œuf de poule, elle est aplatie d'avant en arrière et se continue indubitablement avec le cordon ascendant qui provient du lobe droit hypertrophié du corps thyroïde.

Opération le 15 juillet. — Incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, depuis la hauteur de l'hyoïde jusqu'à l'extrémité inférieure du lobe latéral droit de la glande thyroïde. Après section de la peau, du peaucier, de l'omo-hyoïdien, la tumeur est refoulée le plus possible vers l'intérieur du pharynx, et après une double ligature, Kocher dissèque avec précaution les aponévroses qui la recouvrent.

L'artère thyroïdienne supérieure droite, beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire, est, ainsi que la veine qui l'accompagne, coupée après avoir été préalablement liée au dessus et au dessous. Toutes les couches de la capsule glandulaire ayant été soigneusement incisées, on aperçoit alors la surface bleuâtre, à peu près lisse, du goître, qu'on isole de toute part avec les doigts et avec des instruments mousses ; puis, non sans quelque peine, on fait sortir la tumeur par l'ouverture pratiquée à la partie antérieure de la capsule. Enfin Kocher coupe, après l'avoir lié avec du catgut, un cordon du tissu glanduleux, de l'épaisseur du petit doigt, qui se dirige vers le lobe droit du corps thyroïde.

Pansement de Lister. — La tumeur extirpée a les dimensions d'une pomme; à la coupe elle est très-vasculaire et rouge foncé ; après lavages, on y distingue, au milieu de quelques épanchements sanguins, les caractères propres du goître colloïde. — Le 20 juillet, ablation des drains et des sutures ; le 29, départ de l'opérée, qui ne présente qu'une cicatrice linéaire.

### B. Goîtres accessoires rétro-viscéraux.

Ces goîtres n'ont aucune connexion avec la glande thyroïde même, et ont été développés en dehors des limites de cet organe. Dans le chapitre de l'étiologie nous parlerons avec plus de détails de ces particularités.

Schnitzler[1] publia en janvier 1877 un cas de laryngo- et trachéosténose par une tumeur dont la nature ne put être établie pendant la vie. A l'autopsie, on constata

[1] Zur Diagnose und Therapie der Laryngo- und Tracheostenosen. Wiener Klinik, année III, fasc. I.

que le retrécissement laryngo-trachéal était dû à un goître accessoire logé entre la colonne vertébrale et le pharynx. Voici le résumé de l'observation de Schnitzler :

En juillet 1875, un employé de chemin de fer, agé de 54 ans, se présenta à la policlinique de Vienne. Il raconta qu'après un refroidissement il avait été pris subitement d'extinction de voix, et que depuis ce temps il souffrait d'une gêne notable dans la respiration et la déglutition. A l'inspection du pharynx on reconnut derrière la base de la langue une tumeur rétro-pharyngienne droite qui refoulait le larynx à gauche et en avant. La glotte était rétrécie et s'entrouvrait à peine dans les plus profondes inspirations. Il fut impossible de constater si l'immobilité du cartilage arythénoïde était motivée par la tumeur rétro-pharyngienne, ou par une autre cause.

La sténose fut traitée par le catéthérisme. Au bout de quelques mois de traitement, les symptômes énumérés plus haut diminuèrent. Un beau jour la gêne dans la respiration et la déglutition reparut et le malade mourut dans le marasme. Comme l'autopsie fut faite dans le domicile du patient, il fut impossible d'examiner assez minutieusement les rapports de la tumeur avec le nerf pneumogastrique et récurrent. La sténose de l'œsophage, du pharynx, du larynx et de la trachée était produite par un goître accessoire rétro-pharyngien. La glande thyroïde même ne montrait aucune altération. Par suite de la compression du goître, on put constater dans le larynx des désordres de nutrition notables : articulation crico-arythénoïde ankylosée et remplie de tissu connectif, épaississement de la muqueuse, atrophie musculaire, ramollissement et ossification partielle des cartilages du larynx.

En 1877, le prof. Czerny[1] de Heidelberg publia une observation d'extirpation d'un goître rétro-œsophagien accessoire, dont voici le résumé :

Depuis 3 ans j'avais en traitement une femme de 30 ans, atteinte d'une tumeur rétro-œsophagienne. Le 26 mai 1877, la malade eut un fort accès de dyspnée, produit par le grand volume de la tumeur rétro-œsophagienne, et je dus faire à la hâte la trachéotomie pour lui sauver la vie. Je fis ensuite une incision cutanée comme pour l'œsophagotomie ; j'arrivai sur la tumeur qui se trouvait enclavée entre l'œsophage et la colonne vertébrale et je l'énucléai de la capsule fibreuse qui l'entourait, sans ouvrir l'œsophage. L'analyse de la tumeur montra que c'était un goître accessoire rétro-œsophagien.

Environ une année après la publication de l'observation que nous venons de citer, Braun[2], un élève de Czerny publia le même cas avec plus de détails et raconte que jusqu'à ce jour Czerny n'a pas pu enlever la canule trachéale. (Dès qu'on essaie d'enlever la canule, il se produit un fort accès de dyspnée qui oblige à remettre immédiatement la canule en place).

Braun et Czerny expliquent ce fait de la manière suivante : ils admettent que par suite de la compression du goître rétro-œsophagien, il s'est produit une paralysie du muscle crico-arythénoïdien postérieur et par suite rétrécissement de la glotte.

Les deux cas de goîtres accessoires rétro-viscéraux publiés à peu près à la même époque par Schnitzler et

[1] Centralblatt für Chirurgie 1877, Nr. 28.

[2] Czerny, Beiträge zur Operation. Chirurgie 1878, p. 52.

Czerny, paraissent au premier abord être les seuls cas de ce genre observés par les auteurs.

En feuilletant la littérature, nous trouvons que Porta [1] dit avoir observé en arrière du bord postérieur du lobe latéral droit de la thyroïde (à une distance de 6 à 8 lignes), une thyroïde accessoire dans le tissu cellulaire entourant le pharynx et le larynx.

Virchow a observé plusieurs fois en arrière des bords postérieurs des lobes latéraux de la thyroïde de petites thyroïdes accessoires non agrandies, séparées de la thyroïde même par du tissu cellulaire lâche.

Gruber[2], qui a fait de nombreuses recherches sur le cadavre pour constater la fréquence des thyroïdes accessoires a rencontré cinq fois dans le tissu cellulaire entourant l'œsophage et le pharynx des thyroïdes accessoires.

Les observations de Porta, de Virchow et de Gruber nous montrent que la thyroïde accessoire rétro- et latéro-pharyngienne ou œsophagienne existe plus souvent qu'on ne le croirait de prime abord.

Quand les thyroïdes accessoires rétro-viscérales ne sont pas le siège de goîtres, elles échappent à notre observation en raison de leurs dimensions restreintes.

[1] Porta, Delle mallattie e delle operazioni della gliandola tiroïdea. Milano 1849, p. 8.

[2] Gruber, Anatomische Notizen über die glandula thiroïdea. Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie, vol. 66.

# ÉTIOLOGIE.

L'étiologie du goître rétro-pharyngien ou rétro-œsophagien est différente, suivant que nous avons à faire à un goître rétro-viscéral en rapport direct avec le corps thyroïde et ayant des connexions intimes avec ce dernier, ou suivant que nous avons à faire à un goître rétro-viscéral accessoire.

### A. Étiologie du goître rétro-pharyngien et rétro-œsophagien ayant des connexions intimes avec la glande thyroïde.

D'après les 12 cas cités plus haut, rentrant dans cette catégorie, il est facile de s'expliquer la production de ces goîtres rétro-viscéraux. Le corps thyroïde est situé sous l'aponévrose moyenne du cou (omo-clavicul. de Richet) et se trouve bridé par les muscles de la région sous-hyoïdienne et par les sterno-mastoïdiens. Sans doute il y a des goîtres développés surtout aux dépens de la face antérieure de la thyroïde qui forcent ces barrières et viennent même prendre place au devant du sternum sous forme de besace.

Mais si le travail hypertrophique se fait également dans toute la glande, celle-ci se développera vers en arrière et en haut, en distendant le tissu cellulaire lâche qui occupe la rainure entre la trachée et le larynx d'une part et les gros vaisseaux du cou de l'autre. Souvent les lobes latéraux de la thyroïde remontent ainsi jusqu'à l'os hyoïde, repoussant la carotide en dehors vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien et pressant sur le larynx et la trachée en dedans. Que dans l'extrémité supérieure d'un de ces lobes il se développe alors un kyste ou un noyau hypertrophique, il ne trouvera plus à se loger vers la partie latérale du cou déjà occupée par la tumeur principale, et il sera repoussé vers la ligne médiane, derrière le pharynx ou l'œsophage qui cède facilement à la pression.

Cette circonstance explique aussi pourquoi le lobe rétro-pharyngien a été aisé à extirper dans les cas du prof. Bœckel et de Kocher, et pourquoi il en sera probablement toujours ainsi. En effet, s'il est poussé derrière le pharynx ou l'œsophage par manque de place, il n'y contracte pas d'adhérences et surtout pas d'adhérences vasculaires.

### B. Étiologie du goître rétro-pharyngien et rétro-œsophagien accessoire.

L'étiologie du goître accessoire rétro-viscéral se confond avec l'étiologie du goître accessoire en général. Ce n'est que depuis environ une vingtaine d'années que les livres d'anatomie parlent du goître

accessoire ; les auteurs en ont cité un assez grand nombre de cas siégeant dans toutes les régions du cou. Les glandes thyroïdes accessoires constituent des tumeurs absolument indépendantes de la thyroïde même. Toute tumeur hypertrophique, libre de connexion avec la thyroïde, dont la rapproche l'analogie de sa structure, n'est pas une thyroïde, n'est pas un goître accessoire. Il est des hypertrophies partielles de cette glande qui s'isolent en quelque sorte de son tissu, qui s'énucléent spontanément et en deviennent indépendantes. L'opinion de Rokytansky, qui considère les thyroïdes accessoires comme une formation extra-utérine, n'est plus admise aujourd'hui. D'après les travaux modernes, surtout ceux de Virchow[1] et de Madelung[2], il faut admettre que les thyroïdes accessoires sont celles qui résultent du développement congénital d'un lobe thyroïdien de forme, de volume, de siège variable, en dehors des limites de l'organe et n'ayant jamais eu de connexions intimes avec lui. Albert de Haller[3] (1779), Albers[4] (1839), Gruber[5] (1845), Porta[6] (1849), les premiers, ont décrit ces hétérotopies que Rokytansky n'a que vaguement indiquées. Depuis lors, de nom-

[1] Virchow, Geschwülste, III, p. 15.

[2] Archiv für klinische Chirurgie, vol. XXIV, fasc. I, p. 71.

[3] Haller, De partium corporis humani præcipuarum fabrica et fonctionibus, I, VIII, p. 264. Holmiæ 1779.

[4] Albers, Erläuterungen zu dem Atlas der patholog. Anatom. Bonn 1839, II, p. 304.

[5] Gruber, Medicin. Jahrbücher de k. k. österr. Staaten, LII, S. 130.

[6] Porta, Delle malatie e delle operazioni della glandula tiroïdea. Milano 1849, p. 8.

breuses observations anatomiques sont venues s'ajouter aux documents réunis par ces auteurs. Dans les derniers temps, Madelung[1] a eu l'idée de classer les thyroïdes accessoires suivant leur siège en 4 classes : thyroïdes accessoires supérieures, latérales, antérieures et postérieures. (Dans cette dernière classe rentrent les cas de Braun et de Schnitzler, cités plus haut.)

Porta déjà a constaté l'existence de thyroïdes accessoires chez de jeunes enfants. Depuis cette époque on a souvent constaté, en faisant des trachéotomies sur des sujets très-jeunes, l'isolement complet congénital de particules de tissu thyroïdien à une assez forte distance de la glande thyroïde même. On admet aujourd'hui la malformation congénitale des thyroïdes accessoires, tout aussi bien qu'on admet le développement intra-utérin des glandes accessoires qu'on rencontre souvent à côté de la rate, de la prostrate, des ovaires, de la glande pituitaire, etc.

Il est prouvé par les recherches de Gruber, etc., que les thyroïdes accessoires ne sont pas particulièrement prédisposées à être le siège des goîtres. Le goître accessoire montre la fréquence de la disposition anormale qui, en dehors de l'état pathologique, échappe à l'observation en raison de ses dimensions restreintes.

On a constaté que dans les cas de goîtres accessoires le corps thyroïde même n'est ordinairement

[1] Madelung, l. c., p. 76.

pas agrandi. Dans les cas de Braun et de Schnitzler, la thyroïde ne montrait aucune altération.

Une autre particularité est que par suite de la pression d'un grand goître accessoire, le corps thyroïde même peut s'atrophier en partie (Rendu, Werner). On admet de même que pour le goître de la thyroïde les goîtres accessoires se développent surtout à l'époque de la puberté.

Il a été impossible jusqu'à ce jour de déterminer le rôle que joue l'hérédité sur la fréquence de la thyroïde et du goître accessoire.

## SYMPTOMATOLOGIE.

Le goître rétro-pharyngien ne tarde pas, quand il a acquis un certain volume, à venir faire saillie du côté de la cavité buccale en repoussant devant lui le voile du palais et la base de la langue.

A l'inspection de l'arrière-gorge on aperçoit la tumeur siégeant tantôt un peu plus haut, tantôt un peu plus bas, tantôt à gauche, tantôt à droite, tantôt des deux côtés. Quand le volume du goître rétro-pharyngien est assez grand, la muqueuse du palais semble se continuer directement avec la muqueuse de la base de la langue, en tapissant pour ainsi dire la tumeur rétro-pharyngienne. Il est clair que par suite du passage des aliments, une ulcération superficielle de la muqueuse pharyngienne ne doit pas être chose rare. Quand le goître rétro-pharyngien a un certain volume et siège de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane, le larynx est refoulé en avant et du côté opposé. C'est ce que nous avons vu dans les observations du prof. Bœckel et de Schnitzler, citées plus haut.

Le goître rétro-pharyngien, comme toute autre tumeur rétro-pharyngienne, détermine des troubles variables suivant son volume et son siège. Il est en effet clair, qu'un goître rétro-pharyngien petit pourra exister longtemps sans éveiller l'attention du malade, et ce n'est qu'au moment où son volume aura atteint un certain degré que l'accès des deux agents les plus nécessaires à la vie, l'air et les aliments, commencera à être plus ou moins gêné. Le siège du goître rétro-pharyngien exerce une grande influence sur la nature des symptômes.

Un goître rétro-pharyngien occupant la partie supérieure du pharynx force le malade à respirer par la bouche et ne produit des accidents que lorsque le malade veut essayer de respirer la bouche fermée; le goître rétro-pharyngien situé vis-à-vis de l'épiglotte rétrécit le pharynx et produit de la gêne dans la déglutition et la respiration.

Les symptômes produits par le goître rétro-pharyngien (assez volumineux) peuvent être divisés en 3 catégories.

1) *Gêne dans les mouvements de la tête,* surtout dans les mouvements de rotation.

2) *Dysphagie.* — La déglutition est non seulement difficile mais aussi douloureuse. Dans l'observation de M. le prof. Bœckel, la malade ne pouvait plus avaler que des aliments liquides. Dans les observations de Schnitzler, de Huber, de Durham et dans l'observation n° 2 de Lotzbeck, il a fallu avoir recours au cathétérisme pour nourrir le malade. Dans l'observation n° 1

de Lotzbeck, l'œsophagotomie dut être faite pour ne pas laisser mourir le malade d'inanition. En général les symptômes de dysphagie ont été plus accentués dans le cas de goître rétro-œsophagiens que rétro-pharyngiens.

3) *Symptômes du côté du larynx et de la trachée.* — Dans presque toutes les observations citées plus haut, nous avons remarqué que les malades atteints de goîtres rétro-pharyngiens ont eu de la gêne dans la respiration. Dans le cas observé par Czerny, il fallut avoir recours à la trachéotomie pour sauver la vie du malade dans un fort accès de suffocation. Dans l'observation de Schnitzler et dans l'observation n° 1 de Stœrk, nous trouvons un autre symptôme du côté du larynx, c'est l'extinction de voix. Schnitzler dans l'autopsie qu'il a faite, n'a pas pu constater si la paralysie des cordes vocales était produite par compression directe du goître rétro-pharyngien ou par la pression exercée sur les nerfs pneumogastrique et récurent.

Quand le goître rétro-viscéral siége d'un côté de la ligne médiane, il doit arriver, comme pour les autres tumeurs latérales rétro-viscérales, que dans une certaine position de la tête la respiration et la déglutation ne sont pas gênées, et que le moindre mouvement de rotation de la tête obstrue subitement le passage de l'air et des aliments.

En examinant attentivement les différents cas de goîtres rétro-viscéraux cités plus haut, nous sommes arrivés à penser que la forte gêne dans la respiration

doit avoir son origine dans une altération pathologique des cartilages du larynx et de la trachée. Il doit arriver ici, comme dans les autres goîtres, que par suite de la pression continue de la tumeur, les cartilages de la trachée et du larynx se ramollissent et s'atrophient, de sorte que le tube laryngo-trachéal, semblable à un tube de caoutchouc, peut être hermétiquement obturé par une pression relativement faible. L'explication de Czerny et de Braun, qui croient que la canule trachéale ne put être enlevée après l'extirpation du goître rétro-œsophagien, à cause de la paralysie des muscles arythénoïdiens ne nous paraît pas plausible. Nous sommes plutôt disposés à croire avec Madelung [1], que c'est le ramollissement et l'atrophie partielle des cartilages du larynx qui empêchèrent d'enlever la canule. Dans le cas de Schnitzler, l'autopsie fit reconnaître également des désordres de nutrition dans les cartilages du larynx (ramollissement et ossification partielle).

Quand une hémorrhagie a lieu dans l'intérieur d'un goître rétro-pharyngien ou rétro-œsophagien, il doit en résulter une plus forte tension et une augmentation subite du volume de la tumeur. C'est par des hémorrhagies survenues dans l'intérieur du goître qu'on peut expliquer l'apparition soudaine de symptômes inquiétants dans les cas de Czerny et de Kocher. De même, si une inflammation ou une suppuration survenait dans l'intérieur d'un goître rétro-viscéral, il se produirait au bout de très-peu de temps, par suite de l'augmentation de volume de ce dernier, des symp-

[1] Achiv für klinische Chirurgie, 66 B. 1. Hälfte, p. 100.

tômes inquiétants (fièvre, forte dyspnée, forte dysphagie).

A mesure que le volume du goître rétro-viscéral augmente, les symptômes énoncés plus haut progressent. Si l'art n'intervient pas, un moment arrivera où la respiration et la déglutition ne pourront plus s'effectuer et le malade sera condamné à mourir par asphyxie ou par inanition.

---

# CONSIDÉRATIONS

## SUR LES ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

ET

## LES TUMEURS RÉTRO-PHARYNGIENNES.

---

On ne peut discuter avec fruit le chapitre du diagnostic du goître rétro-pharyngien et rétro-œsophagien avant d'avoir passé en revue les autres tumeurs rétro-viscérales.

Nous ne ferons ici qu'une courte mention des abcès rétro-pharyngiens, dont nous trouvons relaté un très-grand nombre de cas dans la littérature médicale. Ces abcès, plus fréquemment observés chez les enfants que chez les adultes, n'ont guère pu être confondus avec le goître ou un néoplasme rétro-pharyngien ; en effet, l'étiologie, la fluctuation, l'écoulement du pus à l'incision, etc., permettent de les distinguer facilement de toute autre tumeur rétro-pharyngienne.

On n'a décrit dans la littérature médicale qu'un nombre très-restreint de tumeurs rétro-pharyngiennes ou rétro-œsophagiennes.

Le premier cas de tumeur rétro-pharyngienne que nous avons trouvé, a été décrit en 1840 par le prof. Wützer de Bonn [1].

Quelque temps après, Lebert [2] décrit un cas de tumeur rétro-pharyngienne extirpée par Diffenbach par la méthode buccale et à peu près à la même époque. Velpeau [3] opéra une tumeur de ce genre. Nous ne savons pas à quelle classe de tumeur appartenaient ces trois cas, vu que résultat de leur examen histologique n'a pas été publié.

En 1856, Syme [4] décrit sous le nom de fibrons of the fauces, un cas de fibrome rétro-pharyngien qu'il a extirpé, et raconte que dans sa carrière médicale il a déjà observé quatre cas analogues.

Busch [5] de Bonn a publié en 1857 un mémoire où il parle de quatre cas de tumeurs rétro-pharyngiennes observés par lui. Dans deux cas, Busch extirpa avec succès par la méthode buccale des tumeurs rétro-pharyngiennes assez volumineuses, dont il fit l'examen histologique. La première tumeur était (homme de 70 ans) un sarcôme principalement composé de tissu connectif; la seconde était (homme de 30 ans) un sarcôme dans lequel on put reconnaître quelques foyers cartilagineux et qui était entouré d'une capsule fibreuse. Dans le troisième cas observé par Busch, la tumeur rétro-

[1] Organ für die gesammte Heilkunde, 1840, p. 429.

[2] Abhandlungen aus dem Gebiete der pract. Chirurgie, p. 258.

[3] Vidal, Traité de pathologie externe, t. III, p. 605.

[4] Lancet 1856, fasc. 2.

[5] Annalen des Charité-Krankenhauses 1857, Heft I.

pharyngienne était peu volumineuse et ne nécessita pas d'opération. Dans le quatrième cas, il s'agit d'un carcinôme implanté entre le pharynx et la colonne vertébrale, observé sur une vieille pièce anatomique.

En 1861, Caspary[1] décrit un cas de tumeur rétro-pharyngienne et de tumeur latérale du cou extirpées par le prof. Wagner de Kœnigsberg, sur un homme de 26 ans. Les deux tumeurs étaient indépendantes l'une de l'autre. L'examen microscropique montra que c'étaient des sarcômes. La tumeur latérale doit avoir eu pour point de départ un ganglion lymphatique de la région sous-maxillaire, la tumeur rétro-pharyngienne doit, d'après l'auteur, s'être développée aux dépens d'un ganglion rétro-pharyngien ou du tissu cellulaire qui se trouve entre la colonne vertébrale et le pharynx.

En 1862, Beer[2] de Bamberg extirpa par la méthode buccale, chez une jeune fille de 19 ans, un fibrôme rétro-pharyngien riche en tissu connectif.

En 1864, Wünsche[3] publia un cas de fongus médullaire rétro-pharyngien observé à la clinique du prof. Günther de Leipzig. Le volume de la tumeur nécessita la trachéotomie. L'état général du malade étant trop mauvais, on dut renoncer à toute autre intervention chirurgicale, et quelques jours après, le malade mourut dans le marasme.

[1] Deutsche Klinik 1861.

[2] Archiv für Klinische Chirurgie, vol. III, fasc. III.

[3] Wünsche, Ueber retro-pharyngiale Geschwülste. Inaugural-Dissertation, Leipzig 1864.

En passant en revue tous les cas de tumeurs rétro-viscérales publiés dans la littérature, nous voyons que ces dernières se développent le plus souvent dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles de l'aponévrose vertébrale. Quelquefois elles ont pour point de départ le périoste des vertèbres cervicales ; une altération pathologique des ganglions rétro-pharyngiens peut leur donner naissance ; enfin, les tumeurs originaires du voisinage peuvent gagner l'espace rétro-viscéral et se développer en cet endroit.

Histologiquement les tumeurs développées entre le pharynx ou l'œsophage et la colonne vertébrale appartiennent à la classe des tumeurs fibreuses ; on a observé des fibrômes purs, des fibro-sarcômes, des sarcômes médullaires, ayant une croissance très-rapide et de la tendance à récidiver (voir le cas de Wagner).

# DIAGNOSTIC.

Avant de parler du diagnostic différentiel du goître rétro-viscéral avec les autres tumeurs rétro-pharyngiennes et œsophagiennes, il nous paraît utile de nous arrêter un instant au diagnostic différentiel des tumeurs rétro-viscérales avec les autres néoplasmes et les autres affections qui apparaissent dans cette région.

Dans certains cas de polypes naso-pharyngiens, le résultat de l'inspection du pharynx ainsi que les symptômes peuvent être les mêmes que pour les tumeurs rétro-viscérales ; seulement dans les cas de polypes, le doigt introduit dans le pharynx peut, sinon coutourner la tumeur, du moins s'engager entre elle et la muqueuse pharyngienne, ce qui est impossible dans les cas de tumeurs rétro-pharyngiennes. On se rappellera aussi que les tumeurs des amygdales n'occasionnent ordinairement qu'une saillie partielle du voile du palais (pilier palato-glosse), tandis que dans les cas de tumeurs rétro-pharyngiennes, ce sont les parois pharyngiennes mêmes qui sont affaissées et qui provoquent secondairement une saillie du voile du palais.

Les tumeurs que nous voyons apparaître à l'œsophage et qui provoquent des retrécissements de cet organe, sont presqu'exclusivement des carcinômes. Dans des cas analogues, les symptômes de dysphagie et de sténose surviennent le plus souvent avant l'apparition de toute tumeur; on ne sent que très-rarement la tumeur avant l'apparition des symptômes. Dans les premiers temps, les carcinômes de l'œsophage sont d'une consistance dure, mais ils se ramollissent très-rapidement. Ils envahissent d'abord le voisinage et finissent par contracter des adhérences avec la peau.

Nous avons déjà dit dans le chapitre de la symptomatologie pour quelles raisons les abcès rétro-pharyngiens ne pouvaient guère être confondus avec les goîtres rétro-viscéraux.

Le diagnostic d'un goître rétro-viscéral ne pourra souffrir que peu de difficultés, si la tumeur rétro-viscérale a des connexions avec le corps thyroïde; c'est ainsi que Kocher put poser le diagnostic de goître rétro-œsophagien parce qu'un cordon de tissu dur reliait le corps thyroïde à la tumeur rétro-œsophagienne. Se fondant sur ces mêmes données, Durham et Lotzbeck purent poser le diagnostic de goîtres rétro-pharyngiens. (Dans ces observations, le diagnostic était plus facile que dans le cas de Kocher, parce que la tumeur rétro-pharyngienne faisait complètement corps avec les lobes latéraux de la thyroïde.)

Le diagnostic du goître accessoire rétro-viscéral, tout aussi bien que le diagnostic du goître acces-

soire des autres régions du cou, présente de très-grandes difficultés. Cela se voit surtout par le cas de goître accessoire rétro-œsophagien publié par Schnitzler, où quelques chirurgiens et laryngoscopistes distingués pensèrent tour à tour avoir à faire à un lymphadénôme, à un sarcôme, à une tumeur caverneuse, à un kyste. Dans le cas de Czerny, le diagnostic ne put être posé qu'après l'extirpation de la tumeur.

Nous allons passer en revue les symptômes et les propriétés qui plaident le plus en faveur du diagnostic du goître accessoire rétro-viscéral.

1) Par suite de son poids et du peu d'adhérences et surtout d'adhérences vasculaires avec le voisinage, le goître accessoire rétro-viscéral change facilement de place. Ce changement de place est en outre favorisé par les mouvements de déglutition. Les autres tumeurs rétro-viscérales contractent plus d'adhérences et changent par conséquent moins facilement de place.

2) Le goître accessoire se développe avec peu de rapidité; sa première apparition correspond souvent avec l'époque de la puberté.

3) L'apparition subite et soudaine de gêne dans la respiration et dans la déglutition (correspondant, comme nous l'avons vu plus haut, à des hémorrhagies dans l'intérieur du goître ou à une hyperémie subite, ou à un changement de place), plaide le plus en faveur du diagnostic de goître accessoire rétro-viscéral.

Par suite de la difficulté du diagnostic du goître accessoire rétro-viscéral, nous pensons que dans les cas d'extirpation de toute tumeur rétro-pharyngienne ou rétro-œsophagienne, il sera toujours bon d'observer les procédés opératoires en usage pour l'extirpation du goître.

# TRAITEMENT.

Quand on a diagnostiqué un goître rétro-viscéral, on peut proposer à son égard les différents traitements usités contre toutes les variétés de goîtres; de sorte que nous pourrions passer en revue ici tout ce qui a été dit sur le traitement du goître.

Dans le chapitre de la symptomatologie, nous avons vu qu'un goître peu volumineux peut exister longtemps sans éveiller l'attention du malade et que ce n'est ordinairement qu'à partir du moment où le volume du goître occasionnera des symptômes que le malade ira consulter le médecin.

Si l'on a constaté l'existence d'un goître rétro-viscéral de petit volume, nous pensons qu'un traitement interne combiné à un traitement local pourra sinon enrayer, du moins reculer de quelque temps l'apparition des accidents auxquels donnent lieu les goîtres rétro-viscéraux volumineux. Dans des cas analogues, l'iode pris à l'intérieur, le badigeonnage d'iode de la muqueuse pharyngienne, l'injection parenchymateuse avec du chlorure de zinc, l'incision, la ponction suivie d'une injection astringente, etc., pourront donner peut-être quelques résultats.

Les méthodes qui consistent à ouvrir les parois du goître rétro-pharyngien et qui ne sont applicables qu'aux goîtres kystiques, ne sont pas exemptes de danger : dans les deux cas publiés par Stœrk, nous avons vu la ponction être suivie d'hémorrhagies très-graves, difficiles à arrêter; dans l'observation du prof. Bœckel, le kyste aussitôt vidé s'est rempli de sang, de sorte que l'injection iodée fut impraticable.

Quand le goître rétro-pharyngien a atteint un certain volume, il serait imprudent de perdre son temps en traitant le mal par des méthodes inoffensives. Dans des cas analogues, les symptômes de dysphagie et de dyspnée, s'ils n'existent pas déjà, ne tarderont pas à apparaître et à prendre un caractère grave et inquiétant, de sorte que l'extirpation du goître rétro-viscéral sera la seule méthode de traitement rationnelle. L'extirpation peut être entreprise de deux façons : 1° *par la bouche,* 2° *par l'extérieur.*

I. *Extirpation du goître rétro-pharyngien par la méthode buccale.* — Cette méthode est surtout applicable aux goîtres rétro-pharyngiens accessoires, grâce à leur mobilité, à leur indépendance à l'égard des organes voisins, aux peu d'ahérences et surtout d'adhérences vasculaires qu'elles montrent. Le prof. Busch[1] de Bonn a montré le premier, dans un mémoire publié en 1857, qu'on pouvait extirper des

[1] Charité, Annalen, 1857.

tumeurs rétro-pharyngiennes assez volumineuses par la bouche.

Voici le procédé opératoire en usage : Par des manipulations préliminaires répétées, on émousse la sensibilité du pharynx et on habitue le malade à tenir la bouche ouverte tout en abaissant fortement la langue. On incise la muqueuse pharyngienne dans une longueur correspondante au volume de la tumeur ; on dissèque la muqueuse pharyngienne des deux côtés et on tâche d'énucléer la tumeur en se servant autant que possible d'instruments mousses (manche du bistouri, ciseaux courbes mousses, doigts, etc.). Les adhérences qui ne cèdent pas aux instruments mousses sont coupées avec le bistouri et les ciseaux.

Quand la tumeur est indépendante du voisinage et présente peu d'adhérences et surtout peu d'adhérences vasculaires, elle se laisse énucléer comme le fruit de la coque qui l'entoure. Dans des cas où l'on craignait l'hémorrhagie, ainsi que dans des cas où l'on n'arrivait pas à émousser la sensibilité de l'arrière-gorge, certains opérateurs (Braun, Kocher, Buch) ont fait la trachéotomie préventive, qui permet d'opérer dans la narcose chloroformique et de tamponner la trachée en cas d'hémorrhagie.

Busch, dans un cas d'extirpation de tumeur rétro-pharyngienne par la méthode buccale, où il voulut éviter à tout prix une trop grande perte de sang, a fait la ligature préventive de la carotide externe, moyen qui ne garantit pas toujours contre les hémorrhagies.

II. *Extirpation du goître rétro-viscéral par l'extérieur.* — Cette méthode a été employée par les opérateurs (Kocher et Bœckel) dans les cas de goîtres rétro-viscéraux accompagnés de goîtres latéraux du cou. Ce procédé opératoire a également été prôné par les auteurs dans des cas de tumeurs rétro-pharyngiennes dépassant l'espace rétro-viscéral et enracinées entre les gros vaisseaux du cou, et qui pourraient avoir des adhérences vasculaires assez fortes avec ces derniers. Voici le procédé opératoire : Le malade étant chloroformé, on pratique une incision le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. On sectionne avec précaution les muscles (peaucier, omohyoïdien, etc.) et les aponévroses qui recouvrent la tumeur, on saisit et on lie les vaisseaux qui donnent du sang. Quand on est arrivé sur le goître, qui a ordinairement une teinte caractéristique bleu-noirâtre, on l'énuclée en se servant autant que possible des doigts et d'instruments mousses. Les vaisseaux qui pénètrent dans la tumeur sont liés au catgut et puis coupés. Si un cordon de tissu glanduleux va du goître à la glande thyroïde ou à l'un de ses lobes, on le lie, puis on le coupe. On suture l'incision cutanée et on applique un pansement antiseptique.

Le procédé que nous venons de décrire ne peut pas servir à l'extirpation de tous les goîtres rétro-viscéraux. Si la tumeur siége très-haut dans l'espace rétro-pharyngien et présente d'assez fortes adhérences, une résection temporaire du maxillaire inférieur

pourra devenir nécessaire pour dégager la tumeur. Si au contraire la tumeur siége dans les parties les plus basses de l'espace rétro-viscéral (vis-à-vis du larynx et de l'os hyoïde par exemple), il sera nécessaire, pour arriver sur la tumeur, de diviser l'espace compris entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Cette opération, décrite par Malgaigne sous le nom de laryngotomie sous-hyoïdienne, par Vidal sous le nom de procédé sus-laryngé, a été décrite par Langenbeck (v. *Berliner klinische Wochenschrift* 1870, n$^{os}$ 2 et 3) sous le nom de pharyngotomie subhyoïdienne.

Nous n'avons signalé que pour être complets, les deux variantes extrêmes du procédé d'extirpation du goître rétro-viscéral par la méthode extérieure. Nous sommes persuadés que la méthode ordinaire (incision cutanée le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien) pourra suffire dans tous les cas pour dégager le goître rétro-viscéral grâce à la mobilité de ce dernier et du peu d'adhérences, surtout d'adhérences vasculaires que ce dernier contracte avec le voisinage.

Pour ce qui est de la méthode à employer dans l'extirpation du goître rétro-viscéral, nous combattons énergiquement l'opinion de Schnitzler qui préconise la méthode buccale. Les bons résultats obtenus dans le cas du prof. Bœckel, ainsi que dans les cas de Czerny et de Kocher, nous autorisent à rejeter le procédé d'extirpation par la bouche. Le procédé d'extirpation par l'extérieur, applicable à tous les cas

qui peuvent se présenter, a deux grands avantages : 1° on peut opérer dans la narcose chloroformique ; 2° l'hémorrhagie n'est pas à craindre. Dans les cas de Kocher et de Czerny, ainsi que dans les cas du prof. Bœckel, la perte de sang a été très-minime ; car avant de couper les vaisseaux qui pénètrent dans le goître, on peut les saisir et les lier ; de même on peut facilement lier avant de les couper, les cordons de tissu glanduleux qui vont du goître à la thyroïde et qui contiennent des vaisseaux sanguins.

Dans les trois cas cités plus haut où l'extirpation a été entreprise par l'extérieur, la cicatrisation ainsi que la guérison furent obtenues au bout d'une quinzaine de jours. Nous fondant sur ces faits, nous sommes persuadés que l'extirpation est le seul mode de traitement rationnel de cette forme particulière de goître et nous pensons qu'on peut l'entreprendre avec confiance, surtout en ayant recours aux pansements antiseptiques et à la réunion immédiate.